

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

---

Année 1921

THÈSE

322

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

**Maurice BÉNIT**

Né le 17 Novembre 1886 à Bruxelles  
Interne des Hôpitaux de Paris

---

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

GRANDES INCISIONS

DU COL DE L'UTÉRUS

AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT

---

*Président : M. BRINDEAU, Professeur*

---

PARIS  
LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE  
LOUIS ARNETTE  
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1921



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1921

THÈSE

No  
322

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

**Maurice BÉNIT**

Né le 17 Novembre 1886 à Bruxelles  
Interne des Hôpitaux de Paris

---

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

GRANDES INCISIONS

DU COL DE L'UTÉRUS

AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT



---

*Président : M. BRINDEAU, Professeur*

---

PARIS

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE

LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

---

1921

# Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESSEUR : M. POUCHET

## PROFESSEURS.

|                                                               | MM.           |
|---------------------------------------------------------------|---------------|
| Anatomie                                                      | NICOLAS       |
| Anatomie médico-chirurgicale.                                 | CUNEO         |
| Physiologie.                                                  | Ch. RICHET    |
| Physique Médicale                                             | André BROCA   |
| Chimie organique et Chimie générale                           | DESGREZ       |
| Bactériologie                                                 | BESANÇON      |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale                  | BRUMPT        |
| Pathologie et Thérapeutique générales.                        | Marcel LABBE  |
| Pathologie médicale                                           | RÉNON         |
| Pathologie chirurgicale.                                      | LECENE        |
| Anatomie pathologique                                         | LETULLE       |
| Histologie                                                    | PRENANT       |
| Clinique thérapeutique chirurgicale.                          | DUVAL         |
| Pharmacologie et matière médicale                             | POUCHET       |
| Thérapeutique.                                                | CARNOT        |
| Hygiène                                                       | BERNARD       |
| Médecine légale                                               | BALTHAZARD    |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.                   | MENETRIER     |
| Pathologie expérimentale et comparée.                         | ROGER         |
| Clinique médicale.                                            | ACHARD        |
|                                                               | WIDAL         |
|                                                               | GILBERT       |
| Hygiène et clinique de la première enfance                    | CHAUFFARD     |
| Clinique des maladies des enfants                             | MARFAN        |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale | NOBECOURT     |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.              | DUPRÉ         |
| Clinique des maladies du système nerveux                      | JEANSELME     |
| Clinique des maladies contagieuses.                           | P. MARIE      |
|                                                               | TEISSIER      |
| Clinique chirurgicale.                                        | DELBET        |
|                                                               | GOSSET        |
|                                                               | LEJARS        |
|                                                               | HARTMANN      |
| Clinique ophtalmologique                                      | DE LAPERSONNE |
| Clinique des maladies des voies urinaires                     | LEGUEU        |
|                                                               | BAR           |
| Clinique d'accouchements                                      | COUVELAIRE    |
|                                                               | BRINDEAU      |
| Clinique gynécologique                                        | J. L. FAURE   |
| Clinique chirurgicale infantile.                              | Aug. BROCA    |
| Clinique thérapeutique                                        | VAQUEZ        |
| Clinique d'Oto-rhino laryngologie                             | SEBILEAU      |

## Agrégés en exercice

| MM.          |                   |             |             |
|--------------|-------------------|-------------|-------------|
| ABRAMI       | DUVOIR            | LARDENNOIS  | RATHERY     |
| ALGLAVE      | FIESSINGER        | LEMIERRE    | REITTERER   |
| BASSET       | GARNIER           | LEQUEUX     | RIBIERRE    |
| BAUDOUIN     | GOUGEROT          | LEREBoullet | RICHAUD     |
| BLANCHETIÈRE | GREGOIRE          | LERI        | ROUSSY      |
| BRANCA       | GUILLEMINOT       | Le LORIER   | ROUVIERE    |
| CAMUS        | GUENIOT           | LEVY SOLAL  | SCHWARTZ A. |
| CHIRAY       | GUILLAIN          | MATHIEU     | TANON       |
| CHAMPY       | HEITZ-BOYER       | METZGER     | TERRIEN     |
| CHEVASSU     | JOYEUX            | MOCQUOT     | TIFFENEAU   |
| CLERC        | LABBE (HENRI)     | MULON       | VILLARET    |
| DESMAREST    | LAIGNEL-LAVASTINE | OKINCZYC    |             |
| DEBRE        | LANGLOIS          | PHILIBERT   |             |

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE  
MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU  
Professeur de Clinique d'Accouchements  
à la Faculté de Médecine de Paris  
Officier de la Légion d'Honneur

*En reconnaissance de l'honneur  
qu'il nous a fait en accep-  
tant la présidence de cette  
thèse*

## A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

---

(*Stage 1907-1908*)

M. LE PROFESSEUR CUNÉO  
ET M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CASTAIGNE

---

### *Externat*

1909-1910. MM. LE DOCTEUR MICHAUX.  
1910-1911. LE DOCTEUR TOUPET (*in memoriam*).  
1911-1912. LE DOCTEUR BARIÉ.  
1912-1913. LE DOCTEUR DOLÉRIS.  
— LE PROFESSEUR JEANSELME

---

### *Internat*

1913-1914. MM. LE DOCTEUR PAUL RICHIE.  
1914. LE DOCTEUR DOLÉRIS.  
1919-1920. LE DOCTEUR SIREDEY.  
— LE DOCTEUR FUNCK BRENTANO.  
1921. LE DOCTEUR CATHALA.

A MM. les PROFESSEURS AGRÉGÉS LÉVY-SOLAL, METZGER.  
RICARD, MAURICE VILLARET  
A MM. LES DOCTEURS CHAPUT (*in memoriam*), CHIFOLIAU,  
GERNEZ, DE MASSARY



## INTRODUCTION

---

*Pratiquées surtout à l'étranger, lorsqu'il s'agit de compléter extemporanément une dilatation insuffisante pour permettre un accouchement rapide, les grandes incisions du col ont été peu employées en France. Depuis quelque temps cependant il semble qu'on y ait plus volontiers recours.*

*En 1914, pendant notre internat, dans le service de notre maître M. Doléris, à l'hôpital St-Antoine, nous avons vu à plusieurs reprises M. Cathala, alors son assistant, les utiliser dans diverses circonstances. Depuis cette époque, dans le service même de notre maître M. Cathala, à la Maternité de l'hôpital St-Louis, nous avons eu l'occasion de faire cette intervention et de nous convaincre d'une part, des grands services qu'elle peut rendre et de la place qu'elle mérite parmi les opérations obstétricales courantes, d'autre part de sa facilité et de l'absence de dangers qu'elle fait courir à la mère quand on ne l'entreprend qu'après avoir soigneusement recherché les conditions indispensables à son*

exécution. En l'employant inconsidérément, comme on l'a fait souvent à l'étranger, on va au devant de graves complications qui jettent sur cette intervention un discrédit qu'elle ne mérite pas.

Laissant complètement de côté les incisions simples, petites et multiples, nous ne nous occuperons dans ce travail que des incisions profondes de Dührssen intéressant uniquement la portion intra-vaginale du col. Nous nous proposons de montrer tout d'abord que cette intervention ne comporte pas de risques immédiats lorsqu'elle est entreprise dans des conditions opératoires bien déterminées, ensuite que les complications tardives ne sont pas à craindre si les sections cervicales restent limitées à la portion intra-vaginale du col, et si elles sont faites, comme le préconise M. Cathala, sur la ligne médiane plutôt que latéralement.

Après un rapide historique, nous étudierons les conditions qui sont nécessaires pour qu'elles puissent être pratiquées, leur technique, les complications qui peuvent survenir, enfin leurs indications.

Nous avons largement puisé dans les observations mises obligeamment à notre disposition par notre maître M. Cathala. Nous l'en remercions chaleureusement et nous sommes heureux de lui exprimer notre reconnaissance pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

---

## CHAPITRE PREMIER

---

### HISTORIQUE

---

L'histoire des grandes incisions du col ne commence réellement qu'en 1890. Avant cette époque, on utilisait surtout les petites incisions d'un ou deux centimètres dans les cas de col « squirrheux » et pour vaincre la résistance des « callosités ». Cependant certains opérateurs pratiquaient parfois des incisions plus étendues. C'est ainsi que Lauverjat chirurgien français du XVIII<sup>e</sup> siècle rapporte une observation dans laquelle « M. Chemin fit en 1754 une incision cruciale de 18 lignes de longueur ».

Dans un ouvrage qui parut en 1788 et où il expose la technique d'une opération nouvelle intitulée « césarienne vaginale » Lauverjat (26) recommande d'inciser le col profondément. Il ne précise pas les dimensions à donner aux

incisions, mais il ajoute que « la plaie doit permettre l'introduction de la main ou celle du forceps ».

Plus tard en 1839 Aschwell (1) pratiqua également des sections cervicales assez étendues. Mais ce ne sont là que des cas isolés ne répondant pas à une technique et à des indications précises.

En 1890, Dührssen (12) après la publication de Skutsch et Martin au congrès de Wiesbaden de 1887 — fixe la technique des incisions profondes du col. D'après cet auteur, elles ne doivent pas dépasser l'insertion vaginale et avant de les entreprendre on doit s'assurer de l'effacement du col et de l'amplication complète de sa portion supra vaginale. Dührssen rencontra d'abord quelque résistance à faire admettre ce procédé; mais après plusieurs discussions où il déclara qu'à son avis « l'obstétrique était trop conservatrice » sa méthode se répandit peu à peu, surtout en Allemagne et à l'étranger. Mare (30) (1893) Ivanow (22) (1895) et d'autres auteurs signalent des cas où ils y eurent recours.

En France, par contre, elle eut peu de partisans et si certains auteurs comme Fraisse (1892), Charuel (1895) conseillent les grandes incisions du col, d'autres comme Démélin, Maygrier, Mortagne (32), les rejettent et admettent tout au plus de petites incisions multiples. C'est ce à quoi se résoud faute de mieux, Maygrier (31) auquel les incisions profondes « inspirent une certaine appréhension ». De son côté, M. Démélin (9) écrit en 1898 : « les incisions à la Dührssen ne se sont pas acclimatées dans notre pays ».

Cependant l'idée n'est pas abandonnée. En mai 1899, dans un travail sur l'accouchement chirurgical, MM. Roche-

blave et Damas (36) appliquant le procédé de Fochier dans les accouchements normaux chez les primipares (incisions de quelques millimètres sur le pourtour du col) se demandent si, pour obtenir immédiatement la dilatation nécessaire, il n'y aurait pas lieu, dans certains cas, d'avoir recours aux incisions de Dührssen.

Puis les auteurs s'attachent à préciser les conditions nécessaires pour que les incisions profondes puissent être pratiquées sans danger d'extension aux organes voisins. Ce sont alors les travaux de M. Potocki (34) nov. 1899) de MM. Jeannin et Garipuy (23) (sept. 1910), sur lesquels nous aurons l'occasion de revenir au cours de cette étude.

En novembre 1910, Hauch (19) dit qu'il y a pu suivre 72 accouchées auxquelles on avait fait des incisions profondes du col. Il ne semble pas partisan de cette intervention à laquelle il préfère le Bossi ou la dilatation bi-manuelle.

En 1912, M. Géraud (18) rapporte dans sa thèse, un cas de dystocie par atrésie du col, dans lequel de grandes incisions furent faites par M. Cathala.

M. Enriquez (13), cite en 1915 dans sa thèse plusieurs observations recueillies dans le service de M. Potocki.

Puis c'est en 1920, le mémoire de M. Cathala (5) où l'auteur s'efforce de préciser les conditions dans lesquelles il faut pratiquer les incisions pour se mettre à l'abri de toute complication.

Viennent ensuite la même année, l'article de M. Schwaab (40) et la thèse de son élève M. Scali (39); enfin tout récemment (janvier-février 1921) la discussion à la Société

d'Obstétrique et de Gynécologie à propos de 2 observations rapportées par MM. Lévy-Solal et Cleisz (6).

Il semble donc que si, pendant longtemps, les grandes incisions du col furent surtout pratiquées à l'étranger, leur usage tende à se répandre en France où cependant les traités classiques (47) considèrent d'une façon générale cette intervention comme exceptionnelle et dangereuse.

---

## CHAPITRE II

---

### CONDITIONS NÉCESSAIRES POUR PRATIQUER LES INCISIONS DU COL

---

Il est essentiel d'établir d'une façon aussi précise que possible, les conditions dans lesquelles on peut entreprendre les grandes incisions du col, car il n'est pas douteux que le reproche le plus sérieux qui leur a été fait — à savoir leur extension au segment inférieur ou aux organes voisins — tient à ce que les mauvaises conditions dans lesquelles on les a souvent pratiquées ont été l'origine de complications aussi graves. Celles-ci ne se seraient certainement pas produites, si les possibilités de l'intervention avaient été mieux définies et plus rigoureusement établies.

Il est certain que la simplicité de cette opération est un facteur qui contribue à en répandre de plus en plus l'emploi. Certes, elle peut être faite par le praticien lui-même, mais à la condition qu'il sache bien à quel moment il peut y avoir recours. C'est un point sur lequel on ne saurait trop insister. Aussi est-il capital de bien préciser les

conditions obstétricales nécessaires, pour que les incisions du col puissent être faites sans danger.

Le but de l'intervention, on le sait, est de substituer à un orifice insuffisant pour livrer passage à la tête fœtale un autre orifice, qui *d'emblée* permettra ce passage. Son diamètre, pour cela, doit être égal au diamètre le plus grand de la présentation, et l'on comprend aisément que le diamètre de ce nouvel orifice est représenté par la distance séparant les extrémités distales des incisions. Or, pour que cet orifice soit suffisant, pour qu'il ne s'agrandisse pas secondairement aux dépens de déchirures dont on ne saurait mesurer l'étendue, pour que les incisions pratiquées restent limitées à la portion intra-vaginale du col, il est absolument indispensable qu'elles arrivent d'emblée au niveau de la circonférence la plus grande de la présentation fœtale, qui devra avoir dépassé ou atteint tout au moins la zone d'insertion vaginale du col, ainsi que l'ont indiqué MM. Jeannin et Garipuy (23).

Examinons dès lors à quel signe on peut reconnaître l'opportunité de l'intervention.

La femme étant en travail, le col effacé, M. Potocki (34), propose comme point de repère permettant de pratiquer les incisions, une dilatation de 2 centimètres.

M. Couvelaire (7) n'estime cette dilatation suffisante que si les tissus sont particulièrement souples et élastiques ; il préfère 4 centimètres pour éviter le risque de déchirures se produisant au-delà des limites que l'on s'était fixé.

Avec M. Cathala (5) nous pensons que le degré plus ou moins grand de dilatation est secondaire (l'observation IV est typique à ce point de vue ; on y voit en effet qu'au mo-

ment de l'intervention la dilatation était d'un demi-centimètre tout au plus).

Ce qu'il importe avant tout c'est la profondeur des culs-de-sac vaginaux en rapport elle-même — dans une certaine mesure — avec la descente plus ou moins accusée de la présentation fœtale appuyant sur le canal cervico-segmentaire. Les culs-de-sac sont-ils profonds ? Atteignent-ils ou dépassent-ils la circonférence la plus grande de la présentation ? On ne risquera rien en incisant la portion intravaginale du col. Nous disons que la profondeur des culs-de-sac n'est pas uniquement fonction de l'engagement de la présentation ; en effet dans certains cas (obser. IX) la présentation n'est pas engagée et cependant des culs-de-sac vaginaux sont suffisamment profonds parce que, sous l'influence des contractions utérines, les insertions vaginales du col sont en quelque sorte attirées en haut.

En somme, les conditions d'effacement, d'ampliation cervico-segmentaire se trouvant remplies, tout revient à apprécier la profondeur des culs-de-sac, ou ce qui est la même chose, la longueur du col comprise entre le dôme vaginal et l'orifice utérin dilaté ou non.

Quelle doit donc être la longueur nécessaire ? C'est ce point particulier que M. Cathala (5) s'est efforcé de préciser ; pour établir cette longueur notre maître a recherché un symptôme sur lequel on puisse se baser et à cet effet, il a montré « que sur une tête fœtale à terme dont le diamètre bi-pariétal a 9 cm. 5, l'arc qui réunit les 2 bosses pariétales en passant par le vertex, quand la tête est en flexion mesure 16 centimètres en moyenne. » Or le col se moule exactement sur la tête à la façon d'une véritable calotte ; par con-

séquent cette distance de 16 centimètres est celle que doit avoir le plus grand arc séparant deux culs-de-sac vaginaux opposés pour que la plus grande circonférence de la tête fléchie puisse franchir sans la distendre la zone d'insertion vaginale.

Pratiquement, en raison de l'élasticité des tissus, du volume plus ou moins grand de la tête fœtale, d'un certain degré de réduction, on peut sans danger faire des incisions, alors que la calotte cervicale n'a pas tout à fait ces dimensions; mais il ne faudrait cependant pas qu'elles descendissent au-dessous d'une certaine limite, sous peine de voir se produire les déchirures que l'on veut précisément éviter. M. Cathala fixe cette limite à 12 centimètres pour une tête fœtale à terme.

Donc en pratique, lorsque l'on estime devoir terminer l'accouchement par des incisions profondes du col, on doit se rendre compte de son effacement complet, de l'ampliation cervico-segmentaire et du degré de descente de la présentation dans l'excavation. On doit explorer avec soin la profondeur des culs-de-sac vaginaux et mesurer par le toucher, la longueur du col en avant et en arrière, ce qu'il est possible de faire, non pas rigoureusement, mais avec une approximation très suffisante. Aux chiffres obtenus par cette mensuration, on ajoute la dimension de la partie de la présentation fœtale comprise dans l'aire de la dilatation, si toutefois il en existe une, ce qui n'est pas nécessaire. Le total est-il compris entre 12 et 16 centimètres? On peut sans danger sectionner le col (à plus forte raison s'il est supérieur à 16). Au dessous de 12 centimètres, mieux vaut *s'abstenir* et recourir à une autre intervention, la césarienne vaginale

par exemple. On ne peut, en effet, compter sur l'extensibilité excessive des tissus et l'amointrissement de la présentation fœtale ; on risque, dès lors, de provoquer des effractions et des déchirures remontant plus ou moins haut sur le segment inférieur et pouvant avoir de funestes conséquences.

Il est certain que, si le fœtus n'est pas à terme, ou s'il est extrait après avoir réduit le volume de la tête par embryotomie, on peut faire des incisions du col au-dessous de la limite précédente ; c'est une question d'appréciation et de sens clinique.

Si la tête est extraite dernière — ce qui d'ailleurs est rare — soit que l'on ait fait une version, soit qu'il s'agisse d'une présentation du siège, on veillera à bien la fléchir, afin qu'elle franchisse le nouvel orifice suivant ses diamètres les plus faibles.

C'est en se conformant à ces données que l'on évitera les dangers reprochés à cette méthode d'accouchement rapide à laquelle il ne faut pas demander plus qu'elle ne peut donner.

### CHAPITRE III

---

#### TECHNIQUE DES INCISIONS DU COL

---

##### *Nombre des incisions*

Dührssen (12) recommande de toujours faire 4 et même 6 incisions si cela est nécessaire après les avoir fait précéder de 2 incisions postéro-latérales du périnée pour rendre le col accessible.

Skutsch et Martin préconisent également 6 incisions.

Hauch (19) à la suite de 4 incisions, ayant observé parfois l'expulsion d'une partie du col nécrosé, conseille de ne faire tout d'abord que 2 ou 3 incisions et de n'en ajouter que « si l'on a pas assez de place ».

En réalité ce n'est pas le nombre, mais l'étendue judicieuse des incisions qui donne au nouvel orifice créé les dimensions suffisantes pour permettre le passage du fœtus. Varnier avait déjà attiré l'attention sur ce fait lorsqu'il comparait « à un manche à gigot » le col ainsi divisé par de

nombreuses sections. Aussi à l'heure actuelle, en France, tout au moins, les auteurs s'accordent-ils pour ne pratiquer que 2 incisions ; quelquefois même — le fait est rare — une seule est suffisante (Observ. I).

Quant aux incisions préalables du périnée, elles sont généralement abandonnées.

### *Siège des incisions*

Si les avis sont à peu près identiques au sujet du nombre des incisions, il n'en est pas de même quand il s'agit de préciser leur siège.

M. Potocki et son élève M. Enriquez (13) préconisent 2 incisions *latérales*. Elles sont en effet, dit M. Potocki, « l'imitation de la nature, non seulement en cas d'infiltration de l'organe, mais même chez un grand nombre de multipares qui gardent de ce phénomène un témoignage dans la cicatrice latérale qui leur reste au niveau du col ».

MM. Jeannin et Garipuy (23), Schwaab (40) et Scali (39) estiment également qu'il est préférable d'inciser le col latéralement.

De Lee (27) conseille l'incision dans le diamètre oblique.

Deux raisons surtout guident ces auteurs dans leur choix : absence d'hémorragie lors de la section cervicale, d'une part, d'autre part, en cas d'extension vers le segment inférieur, impossibilité de léser les organes voisins, puisqu'il n'en existe pas, à part les vaisseaux utérins et l'uretère, dont le point d'entrecroisement est situé à 1 centimètre et demi environ au-dessus et en dehors des culs-de-sac laté-

raux ; tandis que le rectum en arrière, et surtout la vessie en avant, pourront être intéressés si les incisions faites sur la ligne médiane se prolongent par des déchirures remontant plus ou moins haut.

Malgré ces arguments, avec M. Cathala, dont l'opinion est partagée par MM. Bar, Brindeau, J. L. Faure, nous donnons la préférence aux *incisions antéro-postérieures*, pour les raisons suivantes :

Tout d'abord la section du col en avant et en arrière ne saigne pas plus que celle pratiquée sur les côtés. On sait, en effet, que les anastomoses entre les 2 territoires des artères utérines, sont assez fines sur la ligne médiane de l'utérus, pour permettre une section de l'organe à ce niveau sans perte sanguine notable.

En outre, sans méconnaître un seul instant la grande autorité de Farabeuf (14), qui a montré que par suite de la disposition des branches cervicales de l'utérine, une déchirure latérale du col peut se faire sans hémorragie, nous sommes obligé de noter qu'en cas d'extension des incisions latérales, MM. Bar (2), Brindeau (3), Hauch (19) ont signalé des hémorragies très graves, sinon mortelles. Hauch dit : « Dans les très rares cas où on a fait des incisions seulement en avant et en arrière, il n'y a pas eu d'hémorragie ; toutes les fois où il y eut hémorragie, on avait fait des incisions latérales ».

De plus, l'extension de ces dernières au segment inférieur et au paramètre, peut être le point de départ d'une cicatrice vicieuse englobant l'artère utérine ou l'une de ses branches ; d'où possibilité d'hémorragie très sérieuse, si cette cicatrice vient à se rompre au cours d'accouchements ultérieurs.

En somme, comme l'ont fait remarquer MM. Brindeau (3) et J.-L. Faure (15), les hémorragies provoquées par l'extension des incisions latérales sont beaucoup plus graves que les lésions vésicales observées exceptionnellement au cours des incisions antérieures ; ces lésions constituent évidemment une complication sérieuse, mais non mortelle.

D'ailleurs notre préférence pour les incisions antéro-postérieures ne repose pas sur les risques moins grands, à notre avis, qu'elles font courir en cas d'extension. En effet, si les conditions requises pour pratiquer les incisions ont été bien remplies — ce qui, répétons-le, doit toujours être — que les incisions soient latérales ou antéro-postérieures, *leur extension ne doit pas se produire* et par conséquent les lésions des organes voisins, paquet vasculaire, vessie, rectum, ne sont pas à redouter.

Notre choix repose sur deux considérations.

La première consiste dans ce fait que, si par suite d'une erreur d'interprétation clinique on s'aperçoit, une fois les incisions pratiquées, de l'insuffisance de l'orifice créé, on peut continuer l'intervention en faisant une césarienne vaginale dont les incisions antéro-postérieures constituent en somme le prélude.

L'observation III rapportée par M. Garipuy au congrès de Toulouse en septembre 1910 en est un exemple. M. Garipuy — partisan des incisions latérales — les avait faites en avant et en arrière dans le cas auquel nous faisons allusion parce qu'il prévoyait un incident, l'obligeant à recourir à la césarienne vaginale qu'il pratiqua d'ailleurs secondairement.

Nous avons eu nous-même l'occasion d'observer récem-

ment un fait analogue à la maternité de l'hôpital Saint-Louis. Il s'agissait d'une femme enceinte de 6 mois  $1/2$  environ présentant des signes d'hémorragie rétroplacentaire. M. Cathala décida d'intervenir. Bien que le col fut incomplètement effacé, le segment inférieur mal formé, les culs-de-sac vaginaux antérieur et postérieur, n'ayant respectivement que 5 et 6 cm. environ de profondeur, M. Cathala pratiqua 2 incisions médianes, pensant pouvoir extraire le fœtus de petit volume (6 mois  $1/2$ ) après réduction de la tête par embryotomie. Il n'en fut rien. L'orifice donné par les incisions étant insuffisant, une césarienne vaginale fut immédiatement faite et permit de vider l'utérus de son contenu.

Certes, il est toujours possible de faire cette césarienne, après avoir pratiqué des incisions latérales, mais alors celles-ci ont été pour le moins inutiles.

La 2<sup>e</sup> considération qui nous fait opter pour la section antéro-postérieure du col réside dans la constatation suivante souvent faite par différents auteurs et par nous-même : très fréquemment les deux valves résultant de la section du col ont tendance à s'écarter, si les incisions sont latérales ; elles se rapprochent, s'accolent plus volontiers si les incisions sont médianes.

Nous avons cherché la cause de cette différence.

Hauch (19) la verrait volontiers dans la structure anatomique du col. « On ne trouve latéralement, dit-il, que des fibres musculaires circulaires, tandis que dans les parties antérieure et postérieure on trouve aussi des fibres longitudinales. Une incision latérale coupe les fibres circulaires et permet aux longitudinales en se contractant de renverser la muqueuse et d'écarter les bords de la plaie, tandis qu'une

incision médiane coupe les fibres longitudinales et circulaires; les fibres longitudinales en se contractant font que les bords de la plaie sont plus rapidement en contact qu'après les incisions latérales ».

Mais la structure extrêmement discutée du col utérin — Fieux (16) par exemple y nie l'existence de tout élément musculaire chez la parturiente — nous laisse supposer que cette interprétation n'est peut-être pas exacte.

Nous ne pensons pas davantage que l'on puisse invoquer le rôle de la pesanteur : la lèvre postérieure plus longue tendant par son propre poids à s'écarter de l'antérieure lorsque ces deux lèvres sont séparées par des incisions latérales.

Nous croyons que l'explication la plus satisfaisante est fournie par l'étude des moyens de fixité du col utérin. Sans entrer dans des détails qui seraient ici hors de propos nous rappellerons cependant que les fibres pubo-vésico-utéro-vagino-recto sacrées de Farabeuf dont la partie postérieure est connue sous le nom de ligaments utéro-sacrés ou aponévrose sacro-recto-génitale de P. Delbet, constituent un des moyens de fixité et de suspension les plus puissants du col utérin. On comprend que si l'on vient, par une section bilatérale du col, à créer indirectement une solution de continuité dans cette espèce de corde tendue entre le pubis et le sacrum, un écartement se produira au point où cette section aura été faite et d'autant plus facilement qu'une pression de haut en bas s'exercera sur elle.

Kaarsberg, cité par Littauer (28), a reproduit expérimentalement sur le cadavre un écartement des lèvres du col suivi d'ectropion, après avoir pratiqué des incisions bilatérales du col et avoir refoulé l'utérus de haut en bas,

Notre maître M. Doléris (10) estime aussi que « la déchirure profonde et bilatérale du col... a pour effet réel la séparation des deux lèvres, leur écartement en avant et en arrière », et il en tire des conclusions au point de vue de la statique utérine.

Il nous semble donc établi qu'en incisant latéralement le col on risque de voir les deux valves antérieure et postérieure s'écarter définitivement. Le fait serait sans importance si l'on pouvait restaurer le col dans sa forme et son intégrité. Mais comme nous le verrons plus loin il n'est pas toujours possible, ni souhaitable de suturer immédiatement les incisions que l'on a pratiquées et s'il est très recommandable de le faire secondairement, les accouchées, tout au moins dans les maternités, n'acceptent pas toujours une intervention qui prolonge leur séjour et dont l'utilité immédiate n'est pas évidente pour elles.

C'est alors qu'apparaît l'avantage des incisions antéro-postérieures sur les latérales. Les premières du fait de leur tendance à s'accoler se cicatrisent parfois spontanément comme l'a bien vu Hauch (1) (v. obs. II, VI). En tous cas les deux valves auxquelles elles donnent naissance ne s'écartant pas, ces incisions médianes mettent à l'abri — même si la réparation secondaire n'est pas effectuée — des complications éloignées que l'on a signalées à la suite de déchirures spontanées ou d'incisions latérales. Nous mentionnerons tout d'abord les infections secondaires détermi-

---

(1) Sur 33 incisions en avant et en arrière, 25 cicatrisées, 8 non cicatrisées.

Sur 36 incisions latérales, 11 cicatrisées, 25 non cicatrisées, in *Obstétrique nov.* 1910, p. 914.

nant de la métrite cervicale avec ectropion et quelquefois érosion, Doléris (11), Vignes (44), qui pour certains auteurs, Bar (2), Laphoru Smith (25), Rodman (37), Siredey (42), favoriserait le développement du cancer ; ensuite les troubles de la statique utérine pouvant être l'amorce d'un prolapsus de l'organe ; Doléris (10).

En somme sans rejeter d'une façon absolue les incisions latérales, peut-être plus faciles à pratiquer dans certains cas, nous préférons, d'une façon générale, suivant en cela l'exemple de notre maître M. Cathala, avoir recours aux incisions médianes pour les raisons que nous venons d'indiquer et que nous résumons de la façon suivante en laissant de côté les dangers moins grands d'une extension qui ne doit pas se produire :

1° Faculté de pouvoir rapidement, le cas échéant, transformer ces simples incisions en césarienne vaginale.

2° Absence d'écartement ultérieur des valves cervicales droite et gauche d'où il résulte que des complications éloignées ne sont pas à redouter.

3° Possibilité plus fréquente de réunion spontanée.

### *Manuel opératoire*

Le manuel opératoire est des plus simples. Lorsqu'on a un peu l'habitude de cette intervention une simple paire de grands ciseaux droits arrondis à leur extrémité suffit comme instrument.

La parturiente anesthésiée de préférence est mise en posi-

tion obstétricale et préparée comme pour une intervention courante.

On commence par l'incision antérieure. A cet effet, l'index et le médius de la main gauche sont introduits dans le vagin ; le 1<sup>er</sup> est placé sur la face antérieure du col un peu à droite de la ligne médiane et son extrémité s'efforce d'atteindre le fond du cul-de-sac antérieur tandis que le second est simultanément insinué entre le col et la présentation fœtale ; la paroi cervicale prise comme dans une fourche entre ces 2 doigts va pouvoir être incisée d'un coup de ciseaux, la section se faisant le long de la face palmaire des doigts et n'allant pas jusqu'au fond du cul-de-sac antérieur. On procède exactement de la même façon pour l'incision postérieure ; mais cette fois c'est l'index qui est intra-cervical, le médius dans le cul-de-sac postérieur.

Là, on rencontre parfois une certaine difficulté : le périnée empêche en effet dans une certaine mesure d'abaisser suffisamment les branches des ciseaux ce qui gêne un peu pour contourner la convexité de la présentation fœtale et sectionner le col dans sa portion élevée.

Des ciseaux courbés sur leur bord (analogues aux ciseaux à panséments) dont la concavité épouserait la convexité de la présentation fœtale faciliteraient l'intervention ; mais avec une certaine habitude on arrive à surmonter cette petite difficulté et à inciser la paroi postérieure assez haut sur la ligne médiane sans léser le vagin avec la pointe de la lame extra-cervicale.

Si l'on n'est pas suffisamment entraîné ou si l'on a un aide et des valves à sa disposition on peut se servir de ces dernières pour sectionner la paroi antérieure seulement ;

elles sont en effet inutilisables pour la postérieure. Elles sont placées de façon à voir le fond du cul-de-sac antérieur et la face antérieure du col qui est incisée alors sous le contrôle de la vue en s'arrêtant à quelques millimètres de l'insertion vaginale.

Il ne nous paraît pas utile d'abaisser le col à l'aide de pinces de Museux ; les tissus sont en effet généralement assez friables et l'on risque de les déchirer. De plus les tractions exercées sur les pinces peuvent abaisser par trop la ligne d'insertion vaginale du col ; on peut alors la dépasser et ouvrir involontairement le cul-de-sac antérieur.

Ajoutons une petite remarque pour terminer la description de cette intervention facile : il est bon que les sections pratiquées tant en avant qu'en arrière aient d'emblée leur longueur voulue ; sinon on risque — surtout si l'on opère à tâtons comme c'est le cas pour l'incision postérieure — de ne plus retomber exactement au point où s'est terminée la première section ; on donne alors un nouveau coup de ciseaux à côté de ce point, quelquefois un 3<sup>e</sup> et, au lieu d'avoir une tranche de section nette, on a une série de dents de scie.

Lorsque les incisions sont pratiquées et que par prudence on a encore une fois contrôlé si elles étaient suffisantes, on procède à l'extraction du fœtus, exceptionnellement par version (obs. IX) quelquefois par traction sur un membre inférieur s'il s'agit d'un siège (obs. XII), dans l'immense majorité des cas par une application de forceps. On doit veiller plus que jamais à ce que la prise soit aussi correcte que possible et vérifier que l'une des valves du col ne soit pas pincée entre la cuiller et la tête fœtale. S'il s'agit d'une variété

postérieure, ce qui est fréquent, on effectue avec prudence le mouvement de rotation afin de ne pas entraîner les parties sectionnées du col et provoquer leur arrachement.

### *Suture des incisions*

La question de la réparation des incisions cervicales et de la restauration du col est très discutée.

M. Jeannin (24) est partisan de la suture immédiate : « après la délivrance, dit-il, il faut de toute nécessité réparer méthodiquement les brèches ainsi créées ».

C'est également, semble-t-il, l'opinion de Bubis (4) et Hirst (20).

M. Enriquez (13) au contraire pense que cette réparation n'est pas nécessaire.

Hauch (19) estime préférable la suture des incisions mais à condition qu'elle puisse être faite exactement « car mieux vaut ne rien faire que d'effectuer une mauvaise suture. »

M. Schwaab (40), partisan en principe de la suture immédiate des incisions, estime, avec raison d'ailleurs, que la plupart du temps elle ne pourra pas être faite étant donné le milieu dans lequel on se trouve et bien souvent le manque d'aide.

Si — tout en retenant cette remarque pratique — nous restons uniquement dans le domaine de la clinique, nous pensons avec MM. Cathala, Couvelaire, que la question de la suture immédiate des incisions cervicales doit être envisagée de deux façons différentes.

Si l'on est intervenu chez une femme ne présentant au-

cun signe local d'infection, si la paroi du col est épaisse, on doit suturer par quelques points séparés au catgut en ayant soin de bien affronter les lèvres de la plaie. Dans ces cas, il y a de fortes chances pour que l'on obtienne une réunion perprimam, une cicatrice souple, un col complètement restauré.

Si au contraire, comme c'est le cas le plus fréquent, on est amené à faire des incisions chez des parturientes depuis longtemps en travail, dont les membranes souvent rompues prématurément ont pu permettre un certain degré d'infection amniotique, il sera bon de ne pas suturer. En effet, dans ces cas, très fréquemment le col est plus ou moins œdématié et s'il fut longtemps classique d'admettre que cet œdème était d'origine purement mécanique, on sait aujourd'hui depuis les travaux de MM. Audebert, Couvelaire, Potocki, Sauvage, Wallich que l'élément infectieux y joue un rôle prédominant. Or, on ne suture pas des plaies infectées ; d'ailleurs les tissus sont tellement friables qu'ils sont plus ou moins déchirés et coupés par les fils qui tentent leur réunion.

Donc en pareil cas mieux vaut s'abstenir et adopter l'une des deux lignes de conduite suivante : ou pratiquer secondairement les sutures, ou abandonner délibérément les incisions à elles-mêmes.

La première manière est très recommandable ; dans les suites de couches alors que l'involution utérine est déjà avancée, que les plaies sont désinfectées et que le col revenu à ses dimensions normales a repris sa consistance, l'intervention donne de bons résultats (observ. I, III, IV, V, IX).

On avive à la curette ou au bistouri les lèvres des inci-

sions que l'on affronte ensuite avec la plus grande facilité par quelques points séparés au catgut et l'on obtient généralement une bonne restauration du col. Il est possible sans inconvénient de remettre l'intervention à une date ultérieure ; mais quelle que soit l'époque choisie on rencontre souvent des difficultés à la faire admettre soit que la nouvelle accouchée ne veuille pas prolonger son séjour au lit, soit qu'elle répugne à l'idée d'une opération nouvelle.

Aussi en pratique la suture secondaire des incisions est rarement faite.

Est-ce un inconvénient ? Nous ne le croyons pas, si irrationnelle que cette opinion paraisse à première vue. En effet, tout d'abord, il n'est pas rare de constater une réunion spontanée (obs. II, VI). Ensuite du fait de l'involution utérine, la longueur des incisions cervicales diminue ; telle incision qui avait primitivement 5 cm. ne mesure plus guère qu'un centimètre, un cent 1/2 au plus. Or, il est fréquent, lorsqu'on examine des multipares, de trouver principalement sur la partie antéro-latérale gauche du col des vestiges de déchirures spontanées ayant au moins les mêmes dimensions ; or, on ne songe pas à les suturer. Et cependant nous estimons, comme nous l'avons indiqué précédemment, que ces déchirures, fussent-elles spontanées, naturelles, peuvent être l'origine, de par leur siège, de complications tardives auxquelles n'exposent pas les incisions médianes non réparées.

En résumé, toutes les fois que les circonstances le permettent il faut suturer les incisions soit immédiatement après la délivrance soit secondairement ; mais nous ne pensons pas faire courir à la femme le moindre risque, si n'ayant pu

pratiquer les sutures on abandonne les incisions à elles-mêmes.

Que le col ait été réparé ou non les soins consécutifs ne présentent rien de particulier, et l'on se comportera comme on a coutume de le faire dans les suites de couches.

---

## CHAPITRE IV

---

### COMPLICATIONS

---

Nous éliminons d'emblée les complications dues à l'extension des incisions soit au segment inférieur, soit aux organes voisins. Nous avons déjà dit que ce danger, grave à la fois dans ses conséquences immédiates et tardives, n'est pas à redouter si l'on n'opère qu'après s'être soigneusement assuré que les conditions de l'intervention se trouvent bien remplies. Dans ce cas, il y a toutes les chances pour que les incisions restent bien limitées à la portion intra-vaginale du col.

Nous envisageons donc uniquement les complications dues aux incisions elles-mêmes à savoir les hémorragies et l'infection en ce qui concerne les complications immédiates ; puis la dystocie possible consécutive aux cicatrices des incisions, enfin les séquelles que peuvent entraîner les sections cervicales profondes.

Il est exceptionnel que les incisions du museau de tanche

s'accompagnent d'hémorragie. Tant dans sa clientèle privée qu'hospitalière M. Cathala (5) ne signale qu'un seul cas sur 32 où il nota « une petite hémorragie venant de l'angle supérieur de la section antérieure qui avait atteint la muqueuse vaginale. »

M. Potocki (35) sur 34 cas d'incisions latérales a observé 2 fois des hémorragies facilement maîtrisées.

M. Schwaab (40), 1 fois sur 7 incisions latérales accuse une hémorragie de moyenne intensité nécessitant le tamponnement.

Dans les 13 observations que nous citons on n'eut jamais à lutter contre une hémorragie provenant des sections cervicales antéro-postérieures. Par contre, quelquefois, en raison de l'inertie consécutive à une délivrance rapide, on dut arrêter par un tamponnement une hémorragie provenant de la cavité utérine elle-même.

Si Hofmeier, Léopold, Hartz, Hammerschlag, Zweifel, cités par Hauch (19) ont vu des cas d'hémorragie abondante, si Mackenrodt (29) a publié 2 cas « où les malades sont mortes après des incisions faites en ville par des praticiens », si Hauch sur 72 cas a vu 10 fois une hémorragie assez abondante, il y a tout lieu de croire que les incisions faites *latéralement*, comme il le dit, s'étendirent au-dessus du dôme vaginal. De ce fait il nous est permis de conclure qu'elles ont été entreprises à tort.

Nous pouvons donc dire que dans la très grande majorité des cas les incisions limitées à la portion intra-vaginale du col ne saignent pas.

Les complications infectieuses sont par contre plus fréquentes que les hémorragies.

Mais il est un facteur important dont il faut tenir compte : c'est l'état des parturientes au moment où l'on intervient. La plupart, en effet, en travail depuis plusieurs jours sont en imminence d'infection ; quelques-unes ont de la fièvre ; souvent le col est plus ou moins œdématié ; or, l'œdème du col est toujours suspect. On comprend que dans ces conditions on ne puisse imputer aux seules incisions l'élévation thermique observée dans les suites de couches.

C'est ainsi que M. Schwaab sur 7 opérées en signale 1 ayant présenté de la fièvre pendant les jours qui suivirent l'accouchement, mais elle avait 38°2 avant l'intervention. MM. Jeannin et Garipuy n'ont pas observé d'infection. Par contre sur 52 parturientes dont la température était normale à leur entrée à la maternité et chez lesquelles on pratiqua des incisions, Hauch en note 14 qui présentèrent de la fièvre les jours suivants. Sur 32 opérées de M. Cathala 13 eurent des suites de couches fébriles mais 10 avaient de la fièvre avant l'intervention.

On voit donc que la question est difficile à juger et que l'on ne peut savoir exactement le rôle joué par les incisions dans les phénomènes infectieux que l'on peut observer. Nous ne croyons cependant pas que la section de museau de tanche soit un facteur capable d'aggraver une infection déjà existante. C'est ainsi que 3 opérées de M. Cathala (dont celle de l'observ. I) qui avaient de la fièvre et un pouls rapide avant l'accouchement eurent des suites de couches absolument normales.

Pour terminer les complications immédiates mentionnons la possibilité de voir se produire une déchirure se surajoutant aux incisions pratiquées. Nous avons observé le

fait 5 fois sur 13. Il ne s'agit en rien d'extension des sections, mais d'une déchirure d'1 cm. 1/2 à 3 cm. environ siégeant de préférence sur la valve gauche, parallèlement aux incisions et n'atteignant jamais le cul-de-sac correspondant.

Il nous reste maintenant à envisager les complications tardives reprochées aux grandes incisions du col.

Nous ne faisons que mentionner pour les éliminer les lésions inflammatoires secondaires (endocervicite avec ectropion) ou les troubles de la statique utérine. Nous avons précédemment montré que les incisions médianes nous paraissaient précisément empêcher l'apparition de ces complications. Nous n'y reviendrons pas.

On a accusé la cicatrice des incisions d'être ultérieurement une cause de dystocie soit par manque de souplesse du tissu cicatriciel empêchant la dilatation normale du col utérin, soit par cicatrice vicieuse entraînant des accidents.

En ce qui concerne la 1<sup>re</sup> objection nous croyons que seul le temps qui fournira un nombre plus grand d'observations permettra de juger la question. En effet Hauch n'a vu que 2 de ses opérées redevenir enceinte, l'accouchement fut d'ailleurs tout à fait normal. M. Cathala ne cite qu'un cas (Observ. I) où l'accouchement eut également lieu ultérieurement sans le moindre incident.

Nous répondrons à la deuxième critique en disant que les accouchements dystociques et les accidents signalés par Hammerschlag Dürhssen, Bossi, Hofmeier (21) n'ont eu lieu que dans les cas où la cicatrice et par conséquent l'incision s'étaient étendues au-dessus du dôme vaginal. Nous n'en voulons comme preuve que le cas signalé par Hofmeier dans

lequel il y eut rupture de la cicatrice remontant vers le corps utérin et entraînant la mort de la parturiente. En évitant l'extension des incisions, on évitera en même temps ces cicatrices vicieuses avec adhérences aux plans profonds ; nous savons la ligne de conduite à suivre pour atteindre ce but.

Nous sommes donc autorisés à croire que les cicatrices bien limitées à la portion intra-vaginale du col ne sont l'origine d'aucune complication au cours d'accouchements ultérieurs et que, d'une façon générale, les incisions profondes et médianes du col font courir un risque des plus minimes à la parturiente et permettent d'extraire rapidement et dans les meilleures conditions un fœtus qui manifeste des signes de souffrance.

---

## CHAPITRE V

---

### PRONOSTIC

---

**Pronostic immédiat.** — Tant que les grandes incisions du col ont été pratiquées sans que les conditions indispensables à leur exécution aient été bien définies, cette intervention, considérée comme dangereuse en raison des graves complications qui l'accompagnaient souvent a eu un pronostic sombre. C'est pourquoi, en 1908, dans sa thèse, M. Saint Jean (38) reflétant l'opinion de ses maîtres pouvait écrire «... mais les incisions profondes le sont trop ; elles atteignent d'elles-mêmes le segment inférieur ; elles ont toutes les chances de se prolonger sur cet organe distendu. Ces lésions pourront être très graves, pourront se compliquer de déchirure du paramétrium (observation de Rühl et Geissner), de rupture de l'utérus. La mortalité de cette opération serait de 25 0/0 d'après Bué ». On comprend également que Hauch(19) se basant sur les statistiques étrangères soit peu partisan des incisions profondes du col qui « occasionnent des dangers immédiats pour la femme

par l'hémorragie et par infection et plus tard par les cicatrices qui peuvent causer des difficultés et des dangers pour un accouchement ultérieur ».

Actuellement, d'après ce que nous savons des conditions, opératoires, d'après ce que nous avons dit des complications le pronostic immédiat ne doit plus dépendre que de l'état de la parturiente au moment de l'intervention ; celle-ci en elle-même ne constitue aucun facteur d'aggravation. D'après les auteurs modernes, d'ailleurs, la mortalité du fait même de l'opération est nulle. Il n'est signalé, en effet, aucun cas de mort sur les 83 interventions publiées que nous avons pu trouver dans la littérature médicale française.

**Pronostic éloigné.** — Le pronostic éloigné nous paraît devoir être satisfaisant : que les incisions aient été suturées ou qu'elles aient été abandonnées à elles-mêmes. Nous nous sommes expliqué à ce sujet précédemment ; nous ne saurions y revenir sans tomber dans des redites. Nous ajouterons simplement que les incisions limitées à la portion intra-vaginale du col sont de même ordre que les déchirures cervicales spontanées très fréquentes au cours des accouchements normaux, (90 fois sur 100 pour certains auteurs).

Or, ces déchirures considérées par Mme Lachapelle comme un événement heureux terminant l'accouchement ne sont pas un obstacle aux grossesses et aux accouchements futurs.

---

## CHAPITRE VI

---

### INDICATIONS CLINIQUES

---

Il est bien évident — sans que nous ayions besoin d'insister davantage — que ce procédé de dilatation extemporanée du col n'est à envisager que dans les cas où l'accouchement est possible par les voies naturelles. C'est dire qu'il n'en est naturellement pas question lorsqu'il existe un obstacle *prævia* (fibrome, kyste de l'ovaire) ou un rétrécissement prononcé du bassin. Ceci relève d'interventions autres.

Mais même en l'absence d'obstacle au niveau de la filière pelvigénitale, il est deux affections qui contre-indiquent l'emploi des grandes incisions cervicales : c'est le *placenta prævia* (de Lec. 27). Schwaab (40) et le cancer du col utérin. A ces deux contre-indications il y a lieu d'en ajouter une troisième qui tient à l'existence d'une cicatrice vicieuse du col.

En dehors de ces cas, il nous semble que l'on puisse

avoir recours aux incisions profondes — *les conditions indispensables à leur exécution étant remplies* — toutes les fois qu'il est nécessaire dans l'intérêt de la mère ou de l'enfant, de terminer à bref délai un accouchement dont le travail est commencé.

C'est ainsi qu'on a pu les employer dans l'éclampsie (Hauch, Schwaab) dans l'hémorragie rétroplacentaire (Cathala Garipuy Lastkine), dans les gripes graves (Schwaab) chez les femmes présentant des accidents gravido-cardiaques (Cleisz-Schwaab). Mais, en pratique, c'est surtout dans les *anomalies de la dilatation* que l'on y a recours d'autant que dans ces cas, si l'on n'intervient pas, le col est susceptible de se déchirer spontanément et l'on ne peut savoir où s'arrêtera la déchirure.

Il s'agit en effet le plus souvent de parturientes, primipares, dont le début des douleurs remonte à plusieurs jours (5 jours dans les observations IV et VII) et chez lesquelles il y a eu rupture prématurée ou précoce des membranes. Lorsqu'on les examine on est frappé tout d'abord, comme l'a indiqué M. Cathala, de la fréquence des variétés de position postérieures ou transverses (11 fois sur 13 dans nos observations) et du nombre assez élevé (7 fois sur 13) de bassins légèrement rétrécis. Dans ces conditions le travail avance péniblement, la dilatation incomplète reste stationnaire, le col s'*œdématie* plus ou moins (6 fois sur 13) entraînant de la rigidité secondaire qui, si l'on n'intervient pas, va entraver définitivement la progression de la dilatation. On est alors amené à agir soit parce que le fœtus manifeste des signes de souffrance, soit parce qu'il y a un début d'infection amniotique, soit parce que la mère énermée, fatiguée

par cette longueur anormale du travail, présente assez fréquemment une élévation de la température. Parfois, toutes ces raisons se trouvent associées.

Sans doute, les seules supplications de la parturiente dont le travail traîne un peu en longueur ne justifient nullement à elles seules la terminaison de l'accouchement. Mais la constatation dûment faite d'un ou de plusieurs signes précédents autorise nettement à intervenir et il semble que dans ces cas — comme dans ceux où la rigidité est primitive (Obs. X). — les grandes incisions du col constituent le traitement de choix.

Nous ne voulons pas reprendre le parallèle déjà fait entre les différents procédés de dilatation du col. Nous dirons seulement que dans la majorité des cas où les incisions sont indiquées (anomalies de la dilatation), les autres procédés ne le sont précisément pas. En effet, la pose d'un ballon de Champetier est rendue difficile par l'engagement parfois très prononcé de la présentation fœtale. L'emploi du Bossi et de la dilatation bimanuelle peut-être dangereux : les tissus d'un col œdématisé sont en effet assez friables et la dilatation ne s'obtient souvent qu'au prix de déchirures dont on n'est pas maître. Enfin, comme il s'agit surtout de primipares, la dilatation bimanuelle peut être longue et assez pénible.

Nous n'avons cependant nullement l'intention de proscrire l'emploi des procédés habituels de dilatation rapide de l'orifice utérin. Ils ont rendu et rendent dans certains cas de grands services. Par exemple dans 5 cas de procidence du cordon observés durant notre internat nous avons pu, grâce à la dilatation bimanuelle chez des multipares

extraire chaque fois les enfants vivants sans déterminer de lésions appréciables du col utérin.

Néanmoins, nous pensons que les grandes incisions du col constituent un procédé opératoire incontestablement plus rapide, plus méthodique, plus aseptique, plus chirurgical, en un mot, auquel, semble-t-il, on doit donner la préférence quand les *conditions favorables à son exécution étant réunies* se pose une indication formelle d'origine maternelle ou fœtale de terminer rapidement l'accouchement.

---

## OBSERVATIONS

---

(Les observations suivantes — sauf les trois dernières qui sont personnelles — sont dues à l'obligeance de M. Cathala).

**Obs. I.** — *Arrêt de la dilatation. Fatigue de la mère. Souffrance fœtale. Incision du col. Suture secondaire. Accouchement ultérieur normal.*

Jeanne F... 33 ans, primipare, entre le 9 août 1911 à la maternité de St-Autoine où elle est envoyée parce que le travail de l'accouchement ne progresse pas. Dernières règles : 15-18 novembre 1910. Début des douleurs le 8 août à 1 heure. A l'entrée dans le service on constate : sommet en O. I. G. T. en voie d'engagement. Dilatation 5 francs. Bruits du cœur fœtal bons. Pas de fièvre. Pas d'albumine.

Peu de contractions durant la journée du 9 août.

Le 10 à 9 heures la dilatation atteint presque une grande paume. Le sommet est toujours bloqué dans l'excavation en O. I. G. T. La parturiente est fatiguée. T : 38° 7. P : 120. Les bruits du cœur fœtal sont soufflants. M. Cathala décide de terminer l'accouchement par une application de forceps après incision du col.

La lèvre antérieure du col mesure 2 cm. 1/2 à 3 cm. environ.

La lèvre postérieure du col mesure 4 cm. environ.

Dimension de la partie du sommet comprise dans l'aire de la dilatation : 7 cm. Anesthésie : chloroforme. Une seule incision semble devoir être suffisante pour permettre le passage de la tête fœtale ; le col est seulement incisé en arrière. Application de forceps. Extraction d'un enfant vivant pesant 3.200 gr. Délivrance artificielle. Placenta 570 gr. La section du col ne s'est pas agrandie ; elle n'atteint pas l'insertion vaginale ; elle ne saigne pas. La mensuration du bassin montre un diamètre promonto-sous-pubien de 10,2.

19 août. Examen du col. L'incision qui a été pratiquée est maintenant peu profonde. On constate qu'il s'est fait en avant et à gauche une petite déchirure du col ne remontant pas jusqu'au cul-de-sac. Aucune bride cervico-vaginale. Suites de couches normales.

24 août. Suture secondaire. Après curettage de la cavité utérine qui saigne un peu, on avive à la curette les lèvres de la section postérieure. Sutura. On opère de même la petite déchirure antérieure.

4 septembre. L'accouchée quitte le service. Elle ne perd plus de sang, l'utérus a repris son volume normal. Le col est cicatrisé.

30 octobre. La femme se présente à la maternité. Au toucher on sent une petite encoche sur le bord du col en avant et à gauche, une autre en arrière. Le speculum montre qu'en dehors de ces encoches le col est complètement cicatrisé.

17 juin 1917. La femme entre à la maternité de St-Antoine. Elle est en travail. Les douleurs ont débuté le matin à 1 heure. A son entrée dans le service à 3 heures le fœtus se présente par le sommet en O. I. G. T. Dilatation 1 franc A 7 heures, dilatation complète. A 7 h. 45, accouchement spontané d'une fille vivante pesant 3.120 gr. Délivrance normale. Pas de déchirure du col.

**Obs. II.** — *Lenteur du travail. Infection amniotique. Incisions du col. Enfant mort. Réunion spontanée.*

Florine H... 26 ans. Primipare. Dernières règles ; 1<sup>er</sup> au 4 dé-

cembre 1910. Entrée à la maternité de Saint-Antoine le 2 septembre 1911 à 8 h. au moment où débute le travail. Rupture de la poche des eaux. L'utérus très développé est incliné à droite. L'occiput fait fortement saillie du côté droit. Bruits du cœur bons. Dilatation : 1 franc. Il s'agit d'une présentation de la face en M. I. G. T. en voie d'engagement. Le bassin est légèrement rétréci. Le doigt atteint la partie supérieure de la face antérieure du sacrum. Température normale.

3 septembre. Mêmes signes au palper. L'utérus est dur un peu rétracté. Dilatation : 5 francs. La tête est toujours élevée, la présentation a tendance à se transformer en front.

A 16 h. la femme est très fatiguée T.  $39^{\circ} 8$ . P. : 108. Bruits du cœur fœtal battent à 184. Liquide amniotique verdâtre et fétide.

4 septembre. 9 h. T. :  $38^{\circ} 5$  P. : 100. Dilatation 5 francs

A 16 h. dilatation : petite paume. La partie fœtale appuie mieux sur le col. T. :  $39^{\circ} 5$ . P. : 100.

5 septembre. 8 heures. T. :  $37^{\circ} 9$ . P. : 100. La parturiente a un peu reposé pendant la nuit.

A 10 heures la face est un peu descendue toujours en M. I. G. T. variété frontale. Bruits du cœur rapides et soufflants. Liquide amniotique purée de pois. Utérus rétracté fortement incliné à droite. Dilatation grande paume ; les culs-de-sac vaginaux sont profondément creusés. En présence des signes de souffrance du fœtus et de la fatigue de la mère, M. Cathala décide d'intervenir.

Anesthésie : chloroforme. Section sur une longueur de 3 cm.  $1/2$  environ de la lèvre antérieure du col saisie entre deux pinces de part et d'autre de la ligne médiane et exposée à la vue à l'aide de valves. En arrière, la section longue de 3 cm. s'arrête à un centimètre du fond du cul-de-sac postérieur. Les incisions ne saignent pas. Application de forceps qui amène la face en M. P. Deuxième application suivie de l'extraction d'un enfant du poids de 2.880 gr. qui fait une seule inspiration. Impossibilité de le ranimer. Sa mort semble due à l'infection amniotique. Délivrance artificielle. Placenta 580 gr.

Les incisions ne se sont pas agrandies. Le col n'est pas suturé. Légère hémorragie provenant d'une petite lésion de la vulve à gauche du clitoris. Un catgut arrête l'écoulement sanguin.

Une heure après l'accouchement : grand frisson, tendance, syncopale, pouls petit. Huile camphrée, 500 cc. sérum. Suites de couches, du 5 au 8 septembre la température oscille entre 38 et 40, le pouls entre 100 et 150. A partir du 10 température et pouls normaux.

15 septembre. Un examen montre que les incisions ne sont pas cicatrisées, l'antérieure s'arrête à l'insertion vaginale, la postérieure n'atteint pas le fond du cul-de-sac.

La femme sort le 24 septembre 1911. Elle revient le 4 novembre.

On constate que les incisions sont cicatrisées, les lèvres en sont soudées. Deux lignes légèrement déprimées révèlent leur siège. Le col est peu volumineux ; l'orifice externe petit ; légère encoche sur le côté gauche. L'utérus est en position normale.

**Obs. III.** — *Lenteur du travail. Fatigue de la mère. Incision du col. Enfant vivant. Suture secondaire.*

Jeanne D..., 21 ans. Primipare. Dernières règles : 25 février, 5 mars 1911.

Entre à la maternité de St Antoine le 6 décembre 1911 à 8 heures.

Premières douleurs le même jour à 2 heures ; presque en même temps rupture des membranes. Sommet dans la partie supérieure de l'excavation en O. I. G. T.

Basin légèrement rétréci. Bruits du cœur fœtal bons. Les douleurs sont fortes. Dilatation : 1 franc.

7 et 8 décembre. Les contractions utérines sont régulières.

Le 8 à 13 heures : dilatation : petite paume. A 21 heures : même dilatation. Pendant la nuit les contractions sont rares.

9 décembre, 10 heures. Même situation de la tête fœtale, mal fléchie en O. I. G. T. Dilatation : grande paume. Les culs-de-

sac vaginaux sont profondément creusés surtout en arrière ; le bi-pariétal est au niveau de l'insertion vaginale mais ne l'a pas dépassée. Tempér. normale.

Longueur de la paroi antérieure du col : 2 cm. 1/2 environ.

— — — postérieure — : 4 cm. 1/2 —

Dimension de la partie du sommet comprise dans l'aire de la dilatation : 8 cm.

La femme est très fatiguée. M. Cathala décide d'intervenir.

Anesthésie : chloroforme. Une valve découvre la face antérieure du col. Une pince placée sur le col pour l'abaisser déchire le tissu cervical très friable. On incise alors directement. En arrière l'incision va jusqu'à l'insertion vaginale. Les sections ne saignent pas.

Application de forceps. Rotation et extraction en O. P. d'un enfant pesant 3.500 gr. Né en état de mort apparente facilement ranimé.

Délivrance artificielle. Injection intra-utérine iodo-iodurée. Inertie utérine ; tamponnement.

Examen : les incisions ne se sont pas agrandies. Légère encoche sur la valve gauche. Petite déchirure vaginale à droite.

Suites de couches : T. oscille entre 38° et 38°5 du 5<sup>e</sup> au 8<sup>e</sup> jour.

21 décembre. Avivement des lèvres des incisions, suture par points séparés de catgut. L'affrontement se fait bien.

La femme quitte le service le 7 janvier 1912.

Le 15 février elle revient à la consultation. On constate une légère cystocèle. Paroi abdominale distendue et flasque. Corps utérin petit antéversé. En avant, le col un peu dur présente une encoche minime. En arrière, il est souple ; ni dépression au niveau de la cicatrice ni encoche.

**Obs. IV (1) (résumé).** — *Dystocie par atrésie cicatricielle de l'orifice externe. Incision du col. Enfant vivant. Suture secondaire.*

S..., 30 ans. Primipare. Menstruation irrégulière.

---

(1) Cette observation a déjà été publiée dans la thèse de Dr Géraud : *Dystocie par atrésie cicatricielle du col utérin*. Paris 1912.

Antécédents : mars 1915 : avortement de 2 mois 1/2.

Janvier 1906 : curettage utérin. Aucune opération sur le col, aucune cautérisation. A cette époque on constata un certain degré d'atrésie.

En 1908 : ligamentopexie (procédé Dartigues).

En 1911 : la femme devient enceinte. Dernières règles : mois d'avril (?).

Entre à la maternité de St-Antoine, le 2 mars 1912. Elle est en travail depuis le 26 février, donc depuis 5 jours.

Sommet profondément engagé. O. I. G. T. Dilatation punctiforme.

Membranes intactes. Bruits du cœur fœtal bons.

La femme est très fatiguée. T. : 37°6. P. : 130.

M. Cathala décide de terminer l'accouchement.

Incision médiane de la paroi antérieure du col sur une longueur de 5 cm.

Incision médiane de la paroi postérieure du col sur une longueur de 7 cm. environ.

Le diamètre de la dilatation est de 4 à 5 millimètres.

Application de forceps en O. I. G. T. Rotation et extraction en O. P. d'un enfant vivant pesant 3.420 gr. Délivrance artificielle.

Les deux incisions ne se sont pas étendues.

Suites de couches normales. La température n'a pas dépassé 37°6.

22 mars. Suture, après avivement, de la lèvre postérieure seule, l'antérieure ne présentant qu'une encoche minime.

29 avril. La femme est revue. Au speculum, on constate que le col a une coloration normale ; pas d'ectropion. En avant, léger sillon.

En arrière, ce n'est que par un examen minutieux que l'on parvient à percevoir une mince ligne blanchâtre, vestige de l'incision suturée.

Obs. V. — *Souffrance fœtale. Incisions du col. Enfant vivant. Suture secondaire.*

S..., 21 ans. Primipare. Dernières règles : 11 novembre 1911.

Entre à la maternité de St Antoine, le 28 août 1912. Le travail a débuté le 27 ; rupture des membranes le 28 à 1 heure.

Sommet O. I. D. T. dans la partie haute de l'excavation.

Promontoire accessible. Epines sciatiques saillantes. Dilatation 5 francs. T. : normale.

28 août, 10 heures. Le sommet hyperfléchi, est descendu dans l'excavation. Les bruits du cœur fœtal se ralentissant à 92, le liquide amniotique est teinté de méconium.

M. Cathala décide d'extraire rapidement le fœtus.

Anesthésie : chloroforme.

La paroi antérieure du col mesure 5 cm. environ.

— postérieure — — 6 cm. —

Dimension de la partie du sommet correspondant à la dilatation. 3 cm. environ.

Incision médiane antérieure de 4 cm. 1/2. Incision médiane postérieure de 5 cm. 1/2. Applications de forceps. Extraction d'un enfant vivant pesant 3.500 gr. Les sections cervicales ne saignent pas. Délivrance par expression. Injection intra-utérine iodo iodurée. Inertie utérine ; hémorragie assez abondante nécessitant un tamponnement.

Suites de couches normales.

11 septembre. Suture des incisions. L'antérieure mesure environ 2 cm. la postérieure est un peu moins longue. Aucune n'a teint le fond du cul-de sac correspondant. Après avivement les lèvres des incisions sont réunies par des points séparés au catgut. Après réfection le col est long ; son orifice externe large, a ses bords un peu irréguliers.

26 septembre Cicatrisation complète sauf à la partie supérieure de l'incision antérieure où il existe une petite plaie que l'on touche à la teinture d'iode. Pas d'ectropion.

**Obs. VI. — Lenteur du travail. Souffrance fœtale. Incisions du col. Enfant vivant. Réunion spontanée.**

F..., primipare. Dernières règles : 25 au 28 février 1912.

Début du travail le 1<sup>er</sup> décembre à 7 heures.

2 décembre. Sommet engagé O. I. D. T. Dilatation : 5 francs. Col un peu œdématié à droite et en avant. Bruits du cœur fœtal bons.

Les membranes se rompent au cours de l'examen.

Les contractions utérines sont fortes mais un peu irrégulières.

3 et 4 décembre. Le travail progresse à peine.

5 décembre. T. : 38°8. P. : 92. Paroi utérine constamment tendue gêne le palper. Dilatation : grande paume à peine. Bruits de cœur fœtal sont soufflants Il s'écoule du méconium en assez grande abondance. Les culs-de sac vaginaux sont très profonds, le diamètre bi-pariétal a franchi la zone d'insertion vaginale du col. M. Cathala décide l'intervention.

Anesthésie : chloroforme. Incision médiane de la paroi antérieure du col sur une longueur de 6 centimètres. La paroi postérieure est sectionnée sur 4 centimètres ; l'extrémité de cette incision est distante de 3 centimètres environ du fond du cul-de-sac qui est très profond.

Application de forceps en O. I. D. P. Rotation et extraction en O. P. d'un enfant vivant pesant 3.550 gr. Délivrance artificielle. Placenta 700 gr. Les incisions du col ne se sont pas étendues.

Distension considérable du segment inférieur dont la paroi est très amincie.

Suites de couches normales.

23 décembre. L'examen montre que les lèvres des incisions sont accolées. L'utérus est en rétroversion. Réduction : pessaire.

31 décembre. Le pessaire est enlevé. L'utérus reste en bonne position.

Les incisions sont cicatrisées et ne se révèlent que par 2 petites encoches à peine marquées.

**Obs. VII.** — *Lenteur du travail. Infection amniotique. Incisions du col. Enfant vivant. Pas de suture.*

B... 27 ans. Primipare. Entre à la maternité de St-Antoine le 2 mars 1914 à 9 h. Elle est en travail depuis le 27 février à 2 heures. Présentation de la face en M. I. D. P. au détroit supérieur. Membranes rompues depuis le 1<sup>er</sup> mars 23 heures. Liquide amniotique fétide. Dilatation : petite paume. Promontoire accessible. Face antérieure du sacrum peu excavée. T : 38°1. P : 105. Bruits du cœur fœtal bons. 3 mars. T : 38°5. P : 120. La face est un peu descendue dans l'excavation. La dilatation n'a pas progressé. A droite le col est œdématié formant un bourrelet épais ; il est mince à gauche. La femme, en travail depuis plus de 4 jours, étant épuisée, le fœtus présentant des signes de souffrance, l'intervention est décidée par M. Cathala.

Chloroforme. Incision médiane sur une longueur de 4 cm. de la paroi antérieure du col, très épaissie par l'œdème. En arrière incision de 5 cm.

Le diamètre de la dilatation est de 5 cm. environ. Application de forceps. Extraction d'une fille vivante pesant 3.620 gr. exhalant une odeur fétide. Injection intra-ovulaire iodo-iodurée. Les incisions ne se sont pas étendues ; elles s'arrêtent à 1/2 cm. de l'incision vaginale. Elles ne saignent pas. Délivrance artificielle. Inertie utérine. Tamponnement. Le col œdématié et infecté n'est pas suturé.

Infection puerpérale grave pendant les suites de couches. La femme quitte le service, guérie, le 6 mai. L'utérus est petit en bonne position. Le col est divisé en 2 valves droite et gauche par les incisions apparaissant sous forme d'encoches.

**Obs. VIII.** — *Lenteur du travail. Souffrance fœtale. Incisions du col. Enfant vivant. Pas de suture.*

Cl... 21 ans. Primipare. Dernières règles : 24-26 janvier 1920. Entre à la maternité de St-Louis le 16 novembre 1920 à 3 heures.

Sommet en O. I. G. T. dans la partie haute de l'excavation. Col légèrement œdématisé. Dilatation : 5 francs. Bruits du cœur fœtal bons. T. : 37°4.

Les membranes sont rompues depuis le 12 novembre à 22 heures. Le travail a débuté le même jour à 23 heures. Les contractions utérines sont faibles. A 10 heures (le 16 nov.) même variété de position de la tête fœtale. Dilatation petite paume. Liquide amniotique fortement teinté de méconium.

L'intervention est décidée par M. Cathala.

Chloroforme. Incision médiane des lèvres antérieure et postérieure du col sur une longueur de 5 cm. environ. Le diamètre de la dilatation est de 5 cm. Application de forceps en G. T. Rotation en O. P. extraction d'un enfant vivant pesant 3.080 gr. Délivrance artificielle immédiate. Injection intra-utérine iodo-iodurée. Les incisions ne se sont pas agrandies. Mensuration du bassin : le promonto-sous-pubien : 10 cm. 5.

Vers 14 heures légère inertie utérine ; hémorragie — par expression utérine expulsion de gros caillots. Ergotine 2 cc. Sérum adrénaliné : 250 cc.

Suites de couches : Du 17 au 24 novembre la température oscille entre 37° et 37°8. Du 24 au 28 novembre (date de la sortie) elle ne dépasse pas 37°3. Pouls entre 80 et 90.

15 décembre. On revoit la femme à la consultation. Pas de réunion spontanée des incisions dont les lèvres sont appliquées l'une contre l'autre. Elles s'arrêtent à quelques millimètres de l'insertion vaginale. Pas d'ectropion. La femme ne souffre pas.

**Obs. IX.** — *Infection amniotique. Souffrance fatale. Incision du col. Enfant mort. Suture secondaire du col.*

F... 35 ans. IV pare entre à la maternité de St-Antoine le 17 décembre 1913 à 18 heures. Elle est envoyée pour accouchement dystocique par bassin rétréci. La femme de petite taille présente des déformations rachitiques au niveau des membres inférieurs.

Bassin généralement rétréci. 3 accouchements antérieurs ; au premier l'enfant est mort par procidence du cordon.

La grossesse actuelle est à terme. Début des douleurs le 17 décembre à 1 heure en même temps que s'effectuait la rupture des membranes.

Sommet au détroit supérieur en O. I. D. T. Dilatation : petite paume. Bruits du cœur bons.

Pendant toute la nuit la parturiente a de violentes douleurs et fait des efforts d'expulsion.

18 décembre matin. La femme est fatiguée. T : 38°3. P : 104. La dilatation n'a pas progressé, la tête n'est pas engagée. Liquide amniotique fétide, aspect purée de pois.

18 décembre 15 h. Agitation très grande. T : 38°8. M. Cathala appelé décide d'intervenir.

Anesthésie : chloroforme. La paroi antérieure du col est incisée sur 5 cm. de longueur, la paroi postérieure sur 6 cm. de diamètre de la dilatation : 5 cm. Essai infructueux de forceps. La version est pratiquée. L'évolution est pénible par suite de la rétraction utérine et l'extraction difficile à cause du rétrécissement du bassin. L'enfant extrait présente une ecchymose et une dépression du pariétal droit. Il ne peut être ranimé. Délivrance artificielle. Pas d'hémorragie.

Suites de couches. La température oscille entre 37° et 38° pendant les 10 premiers jours.

7 janvier 1914. Suture secondaire après avivement.

Les sections opératoires antérieure et postérieure ne sont pas plus profondes qu'une ancienne déchirure du col située à gauche.

18 janvier. Examen du col au moment du départ de l'accouchée.

Col petit, un peu scléreux, orifice irrégulier, petite encoche en arrière.

**Obs. X. — Chancre syphilitique du col. Rigidité. Incisions. Enfant vivant. Pas de suture.**

D... 22 ans, primipare. Dernières règles : 9 janvier 1920. Entre à la maternité de St-Louis le 8 octobre 1920 à 21 heures. Début

des douleurs le 8 octobre à 17 heures. A son arrivée on constate une roséole des plus nettes et des plaques muqueuses vulvaires et périanales. Le col, dilaté comme 2 fr. présente une induration particulière dans sa partie latérale droite. Au spéculum on voit une ulcération d'aspect fissuraire : il s'agit vraisemblablement de l'accident primitif. Sommet engagé en O. I. G. A. Membranes rompues.

9 octobre. Contractions normales. Dilatation sensiblement la même.

10 octobre. Dilatation 5 f. T.: 38°4. L'intervention est décidée.

Lèvre antérieure du col mesure environ 3 cm. 1/2

— postérieure — — — 6 cm.

Dimension de la partie du sommet correspondant à la dilatation 3 cm. environ.

Incision médiane antéro-postérieure. Application de forceps.

Enfant vivant. Délivrance par expression. Les incisions ne se sont pas agrandies et ne saignent pas. Secondairement hémorragie par inertie utérine.

Suites de couches. Fébriles pendant les 5 premiers jours.

Sortie le 25 octobre. Col bivalve. La partie droite est toujours indurée.

**Obs. XI.** — *Lenteur du travail. Souffrance fœtale. Incision du col. Enfant vivant Suture immédiate.*

Juliette D., 28 ans. Primipare. Dernières règles : 28 mars, 4 avril 1920.

Apparition des premières douleurs le 16 janvier 1921 dans la matinée.

Rupture des membranes le 16 dans la soirée.

Arrivée à la maternité de St-Louis le 17 janvier 1921. On constate :

Sommet engagé en O. I. G. P. Dilatation 1 franc. Bruits du cœur fœtal bons. Urines normales. Pas de fièvre.

18 janvier. Les contractions utérines sont espacées. Même dilatation.

19 janvier. Absence à peu près totale de contractions.

20 janvier. Examen à 9 h. 30.

Sommet défléchi en O. I. G. P. Dilatation petite paume (diamètre 5 cm. environ). Segment inférieur bien formé. Profondeur approximative des culs-de-sac :

Antérieur : 5 cm.

Postérieur : 6 cm.

La lèvre antérieure du col est légèrement œdématisée. Bruits du cœur fœtal bons, mais liquide amniotique fortement teinté de méconium. Les douleurs étant très espacées, la femme agitée, en travail depuis 4 jours, ayant 38°, on décide de terminer l'accouchement.

Anesthésie : chloroforme. Sans l'aide de valves ni de pinces de Museux, la lèvre antérieure est incisée jusqu'au cul-de-sac vaginal, la lèvre postérieure sur une longueur de 4 cm. environ. Application de forceps en O. I. G. P. Rotation facile en O. P. Extraction d'un enfant vivant pesant 3.130 grammes. Délivrance naturelle mais rapide par tractions et expression. Placenta : 500 gr. Injection intra-utérine iodo-iodurée. Légère inertie utérine : 1cc<sup>3</sup> ergotine.

Examen du col à l'aide de valves. On constate :

1° un petit décollement de la muqueuse du cul-de-sac antérieur s'étendant un peu obliquement par rapport à l'incision antérieure qui ne présente rien de particulier.

2° sur la valve gauche du col, entre les 2 incisions antérieure et postérieure, une déchirure de 2 cm. environ parallèle aux incisions. Les tissus ne paraissant pas friables malgré le léger œdème de la lèvre antérieure du col, on tente une réparation immédiate.

a) surjet au catgut sur le décollement muqueux.

b) points séparés sur les incisions

2 crins sont placés sur le périnée incomplètement déchiré. Un suintement en nappe au niveau d'une petite érosion de la région clitoridienne cesse par compression.

Suites de couches. Du 21 au 25 janvier température vespérale 38°. P : 100.

Lochies un peu fétides. Du 26 janvier au 3 février (date de la sortie de l'accouchée) apyrexie.

Examen à la sortie. Les sutures du col n'ont pas tenu. Par le toucher on sent nettement les 2 sections antéro postérieures du col et sur la valve gauche de ce dernier la déchirure secondaire se présentant sous la forme d'une encoche profonde d'un centimètre à peine. Le décollement de la muqueuse du cul-de sac antérieur est cicatrisé ainsi que le périnée. L'utérus est légèrement antéversé.

**Obs. XII** — *Grossesse gémellaire. Lenteur du travail. Incisions du col. Enfants vivants. Suture Immédiate.*

B... 20 ans. Primipare. Dernières règles : 28 avril 1920.

Entre à la maternité de St-Louis à 20 heures le 7 février 1921. Elle y est envoyée pour lenteur du travail, ce dernier a commencé le 5 février dans la matinée, les membranes se sont rompues le même jour à 13 heures.

L'utérus paraît volumineux H. U. = 41. La femme étant en travail le palper est difficile, cependant on semble percevoir une tête dans l'hypocondre gauche ; un autre pôle fœtal est senti dans la fosse iliaque gauche, 1 seul foyer. Au toucher : siège engagé en S. I. D. A. On fait le diagnostic de grossesse gémellaire.

T. : 37,3, P. : 112. Urines normales. La dilatation est de 5 francs.

8 février. Le travail est très lent. Dilatation petite paume, à 10 h. Léger œdème du col prédominant au niveau de la lèvre antérieure. Les contractions utérines sont espacées. Les bruits du cœur fœtal sont bons. La femme en travail depuis 3 jours 1/2, présentant des signes de fatigue on décide d'intervenir. Le siège (décomplété mode des fesses) est bien engagé.

La lèvre antérieure mesure environ 5 cm.

La lèvre postérieure mesure 5 cm.

Dimension de la partie du siège comprise dans l'aire de la dilatation 5 cm, environ.

Anesthésie : chloroforme. 2 valves exposent bien à la vue la lèvre antérieure du col qui est sectionnée entre 2 pinces de Mousseux sur une longueur de 4 cm. L'incision de la lèvre postérieure faite à tâtons sur la ligne médiane a sensiblement les mêmes dimensions. Recherche du pied antérieur (manœuvre de Pinard-Mantel) Extraction de l'enfant. La tête dernière offre quelques difficultés ; on a recours au forceps.

La main introduite dans l'utérus perce la seconde poche des eaux et saisit les 2 pieds du second enfant qui se présente également par le siège. Cette seconde extraction ne présente aucune difficulté.

Poids du 1<sup>er</sup> enfant 3.250 grammes. Poids du 2<sup>e</sup> enfant : 2.500 grammes. Délivrance rapide par tractions et expression. Placenta 1040 grammes Injection intra-utérine iodo-iodurée. Aucune hémorragie.

L'inspection du col montre qu'il existe entre les 2 incisions médianes antéro postérieures une petite déchirure de 2 cm. siégeant sur la valve gauche du col.

Réparation immédiate par des points séparés au catgut. Attouchement iodé.

Suites de couches. Vers le 3<sup>e</sup> jour apparition d'un léger ictère qui persiste jusqu'au 14 février. Température normale (37°, 37°3) sauf le 13 et le 19 février (38°, 38°5).

Examen à la sortie qui a lieu le 23 février 1921.

Cicatrisation partielle des incisions. Il persiste simplement deux petites encoches au niveau de l'orifice externe du col ; la postérieure est un peu plus marquée que l'antérieure.

**Obs. XIII.** — *Lenteur du travail (œdème du col). Invisions du col. Enfant vivant. Pas de suture.*

B .. 27 ans . Primipare. Dernières règles : 24 juin 1920. Début du travail le 8 avril 1921 à 15 heures. Entrée à la maternité de Saint-Louis le 11 avril à minuit. Rupture des membranes dans le courant de la journée. Sommet engagé en O. I. D P.

Col légèrement œdématié. Dilatation petite paume. Pas de fièvre.

Pendant la nuit les contractions utérines ont été régulières et assez intenses.

12 avril, 11 heures. La dilatation a légèrement progressé : elle atteint à peine les dimensions d'une grande paume de main. L'œdème du col a notablement augmenté surtout en avant et à droite. La rotation n'est pas effectuée, le sommet bien engagé toujours en O. I. D. P. Température 37° 2. P : 130. Bruits du cœur fœtal bons.

La progression très lente de la dilatation (la femme est en travail depuis presque 4 jours), l'augmentation de l'œdème du col décident à intervenir.

Anesthésie : chloroforme. Longueur de la paroi antérieure du col 5 cm. environ.

Longueur de la paroi postérieure du col 6 cm. environ.

Dimension de la partie du sommet correspondant au col dilaté 6 cm.

Incision de la lèvre antérieure sur une longueur de 4 cm. (on a utilisé les valves). La lèvre postérieure est sectionnée sensiblement sur la même longueur. Application de forceps en O. I. D. P. Rotation en O. P.

Extraction d'un enfant vivant pesant 3.030 grammes.

Délivrance naturelle.

Examen du col à l'aide de valves : les incisions ne se sont pas étendues.

On constate simplement au niveau de l'angle supérieur de l'incision antérieure une petite déchirure d'1 cm. n'atteignant pas le fond du cul-de-sac antérieur et n'intéressant que la muqueuse de la portion vaginale du col et non toute l'épaisseur de ce dernier.

Les incisions ne sont pas suturées. Mensuration du bassin : diamètre promonto-sous-pubien 10, 7. Suites de couches apyretiques. Sortie le 22 avril 1921. Col bivalve.

## CONCLUSIONS

---

I. — Après avoir joui d'une certaine faveur à l'étranger, les grandes incisions du col paraissent être employées plus fréquemment en France lorsqu'il s'agit de compléter une dilatation insuffisante pour permettre la terminaison rapide de l'accouchement.

II. — L'intervention est simple. Ce qui domine la question c'est *l'étude des conditions opératoires*. Il est essentiel avant d'entreprendre des sections cervicales profondes de s'assurer que les conditions suivantes sont bien remplies :

- 1° la femme doit être en travail ;
- 2° le col doit être complètement effacé ;
- 3° il est nécessaire que le segment inférieur soit bien formé et ait subi une ampliation totale.

- 4° la couronne d'insertion vaginale du col doit se trouver très légèrement au-dessous ou mieux au niveau de la circonférence la plus grande de la présentation. On s'en rend compte en pratiquant les mensurations indiquées.

Si les conditions précédentes ne se trouvent pas réalisées,

*il faut renoncer à cette intervention sous peine de voir apparaître de graves complications.*

**III.** — Il est inutile de pratiquer au préalable une périnéo-colpotomie latérale comme le faisait Dührssen,

Le manuel opératoire très simple ne présente rien de particulier.

Il se résume en 2 incisions profondes du col *rigoureusement limitées* à sa portion intra-vaginale.

On les fait de préférence sur la *ligne médiane* pour les raisons suivantes :

1° possibilité de transformation en césarienne vaginale le cas échéant ;

2° réunion spontanée plus fréquente ;

3° risque beaucoup moins grand de complications éloignées (endocervicite avec ectropion, troubles de la statique utérine).

**IV.** — On suture immédiatement les incisions si les circonstances le permettent, c'est-à-dire si le milieu où l'on se trouve est favorable, si les tissus ne sont pas friables, s'il n'y a ni œdème, ni infection. Dans le cas contraire on fait une réparation secondaire. Si elle ne peut être pratiquée les incisions sont abandonnées à elles-mêmes avec d'autant moins d'inconvénient qu'elles ont été faites sur la ligne médiane.

**V.** — Le grave danger d'extension soit au segment inférieur, soit aux organes voisins *n'existe pas* si l'on est intervenu dans de bonnes conditions opératoires. Les complications sont rares :

a) les hémorragies ne sont pas à craindre si les incisions restent limitées à la portion intra-vaginale du col.

b) les phénomènes infectieux observés parfois semblent plutôt sous la dépendance de l'état antérieur des parturientes chez lesquelles on intervient.

L'avenir obstétrical des femmes paraît devoir être satisfaisant.

Quant au fœtus il ne peut que bénéficier de l'intervention.

**VI.** — En l'absence d'obstacle mécanique (rétrécissement prononcé du bassin, fibrome, kyste de l'ovaire praevia) les indications cliniques des incisions sont les mêmes que celles des autres procédés de dilatation rapide du col. On peut y avoir recours — *les conditions indispensables à leur exécution étant remplies* — toutes les fois que l'apparition de signes nets d'ordre fœtal ou maternel commande la terminaison de l'accouchement à bref délai.

On les emploiera :

1° dans les anomalies de la dilatation (rigidité primitive ou secondaire avec œdème du col) d'où lenteur du travail. Les incisions constituent dans ces cas le traitement de choix ;

2° dans les cas de souffrance fœtale avec ou sans infection amniotique ;

3° dans certains cas de procidence du cordon ;

4° dans l'éclampsie ;

5° dans l'hémorragie rétro-placentaire ,

6° dans les maladies infectieuses graves ;

7° dans les accidents gravido-cardiaques.

Elles sont contre-indiquées :

1° dans le placenta praevia ;

2° dans le cancer du col utérin ;

3° lorsqu'il existe une cicatrice vicieuse du col.

**VII.** — Nous croyons que les grandes incisions du col pratiquées dans de bonnes conditions sont sans danger pour la mère et permettent d'extraire très rapidement un enfant sur le point de succomber.

Tout en attirant l'attention sur l'abus qu'il y aurait à pratiquer cette intervention trop souvent en raison de sa simplicité et sans vouloir la substituer uniquement aux autres procédés de dilatation rapide du col nous pensons qu'en raison de sa supériorité au point de vue rapidité et asepsie elle doit prendre le pas sur eux quand on juge son *exécution possible*.

Nous ajoutons qu'elle est susceptible de restreindre le champ d'action de la césarienne vaginale ; avant de pratiquer cette opération il y a lieu, en effet, de se demander si des incisions profondes du col ne seraient pas suffisantes.

---

*Vu, le Doyen,* *Vu, le Président,*  
H. ROGER. BRINDEAU.

Vu et permis d'imprimer :  
*Le Recteur de l'Académie de Paris,*  
APPELL.

## BIBLIOGRAPHIE

---

1. — ASCHWELL. — On incision in cases of occlusions and rigidity of the uterus (*Guy's hospital reports-London* 1839 p. 126).
2. — BAR. — Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris (séance du 10 janvier 1921).
3. — BRINDEAU. — Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris (séance du 10 janvier 1921).
4. — BUBIS. — Réparations immédiates des déchirures cervicales (*Cleveland medical journal* mars 1918).
5. — CATHALA. — Les incisions de la partie intra-vaginale du col utérin au cours de l'accouchement à terme (*gynécologie et obstétrique*, T. I, n° 2, 1920).
6. — CLEISZ et LÉVY-SOLAL — Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris (séance du 10 janvier 1921).
7. — COUVELAIRE. — Introduction à la *Chirurgie utérine obstétricale*, 1913 p. 171.
8. — COUVELAIRE. — Conduite à tenir dans les différentes variétés de dystocie par anomalie de la dilatation. *Journal des Praticiens*, 13 juillet 1912.
9. — DÉMELIN. — De la dilatation artificielle de l'orifice utérin pendant l'accouchement (*l'Obstétrique* 1898 p. 312).
10. — DOLERIS. — Thérapeutique des déviations génitales (*Annales de la société obstétricale de France*, 1911 p. 397).
11. — Métrite et fausses métrites. Maloine 1902.

12. — DUHRSSSEN. — Über den Werth der tiefen Cervix und Scheiden Damen-Einschnitte in der Geburtshilfe (*Arch. g. Gyn.*, 1890, Bd. 37, Hft 1).

13. — ENRIQUEZ. — Des incisions de la portion vaginale du col pendant l'accouchement. *Thèse Paris* 1915.

14. — FARABEUF. — Les vaisseaux sanguins des organes génito-urinaires du périnée et du pelvis, p. 145.

15. — FAURE (J.-L.). — Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris (séance du 10 janvier 1921).

16. — FIEUX. — Nouveaux documents relatifs à l'état musculaire du col de l'utérus gravide et parturient. (*Annales de la Société obst. de France* 1911 p. 199).

17. — FRARIER. — Des procédés de dilatation artificielle du col. *Thèse Lyon*, 1899.

18. — GÉRAUD. — Dystocie par atésie cicatricielle du col utérin. *Thèse Paris*, 1912.

19. — HAUCH. — L'accouchement méthodiquement rapide par l'orifice utérin non effacé (*l'Obstétrique* nov. 1910, p. 910).

20. — HIRST. — Réparations immédiates des déchirures cervicales. (*American Journal of obstetrics*, Mai 1917).

21. — HOFMEIER. — Sur les suites des incisions profondes du col. (*Zentral f. Gyn.* 1904, p. 674, 1905 p. 221).

22. — IVANOW. — Dilatation sanglante du col dans l'accouchement. (Dissertation de Kiew, 1895)

23. — JEANNIN et GARIPUY. — Incision du col de l'utérus pendant l'accouchement et césarienne vaginale de Dührssen (*l'Obstétrique* nov. 1910, p. 948).

24. — JEANNIN et GUÉNIOT. — *Thérapeutique obstétricale et gynécologique*, p. 177

25. — LAPHORN SMITH. — C. R. in revue de gynécologie et de chirurgie abdominale, 1903.

26. — LAUVERJAT. — Nouvelle méthode de pratiquer l'opération césarienne, Paris 1788.

27. — DE LEE. — *The principles and Practice of Obstetrics*, 1913, p. 914.

28. — LITTAUER. — Die Lacerationen der Cervix uteri. Leipzig.

29. — MACKENRODT. — Zeitschrift f. Gyn. et. Geb. Bd. 23.

30. — MAREJ. — Dührssen's Method of deep cervix incisions in cases requiring rapid delivery (*Ann. J. obs.*, mai 1893).

31. — MAYGRIER. — De la rigidité du col utérin pendant l'accouchement. (*Semaine médicale*, 1891, p. 421).

32. — MORTAGNE. — De l'accouchement méthodiquement rapide. (*Thèse Paris*, 1898).

33. — OLOW JOHN. — Sur les procédés chirurgicaux de dilatation du col utérin pendant la grossesse et l'accouchement (*Gynéc. et Obst.*, T. I. n° 2, 1920).

34. — POTOCKI. — Rapport sur une observation de dystocie par rigidité du col présentée par le Dr Dubujadoux. (*Soc. d'obst. de gyn. et de Féd. de Paris*, nov. 1899, C. R. p. 229).

35. — POTOCKI. — Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris (séance du 14 février 1921).

36. — ROCHEBLAVE et DAMAS. — De l'accouchement chirurgical. (*Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, séance du 18 mai 1899).

37. — RODMAN. — Cité par Hadden : *The gyn. of obstetr.*, 1915, p. 45.

38. — SAINT JEAN. — Contribution à l'étude des déchirures du col propagées au segment inférieur. *Thèse Paris*, 1908.

39. — SCALI. — L'accouchement brusqué par les incisions latérales profondes du col. *Thèse Paris* 1920.

40. — SCHWAAB. — L'accouchement brusqué au moyen des grandes incisions du col. *Presse médicale*, 3 juillet 1920).

41. — SIREDEY. — In *Traité de gynécologie médico-chirurgicale* Faure et Siredey.

42. — SKUTSCH et MARTIN. — *Arch. f. gyn.*, 1887, Bd. III, p. 460.

43. — VARNIER. — Discussion sur un rapport de Potocki. (*Soc. obst. gyn. et Féd. de Paris*, 1<sup>er</sup> décembre 1899, p. 291).

44. — VIGNES. — Les séquelles des déchirures cervicales. (*Journal des Praticiens*, 15 déc. 1917, p. 793).

45. — WALLICH. — Discussion sur un rapport de Potocki. (*Soc. d'obst. de gyn. et de Féd. de Paris*, 1<sup>er</sup> décembre 1899, p. 291).

46. — WILHEM. — Les hystérotomies vaginales en obstétriques. *Thèse Paris*, 1913.

47. — Ouvrages classiques d'obstétrique.

TARNIER et BUDIN. — *Traité de l'art des accouchements*, 1901, T. III, p. 418.

BAR, BRINDEAU, CHAMBRELENT. — *La pratique de l'art des accouchements*, 1914, T. II, p. 741.

RIEDEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. — *Traité d'Obstétrique*. 8<sup>e</sup> édition, 1914, p. 995.

48. — LEVANT. — Les incisions du col en obstétrique (*La Médecine*, avril 1921. Numéro paru au moment de mettre sous presse).

---

## TABLE DES MATIÈRES

---

|                                                                                    |    |
|------------------------------------------------------------------------------------|----|
| INTRODUCTION.....                                                                  | 7  |
| Chapitre I. — Historique .....                                                     | 9  |
| Chapitre II. — Conditions nécessaires pour pratiquer les<br>incisions du col ..... | 13 |
| Chapitre III — Technique des incisions du col .....                                | 18 |
| Nombre des incisions .....                                                         | 18 |
| Siège des incisions .....                                                          | 19 |
| Manuel opératoire.....                                                             | 25 |
| Suture des incisions .....                                                         | 28 |
| Chapitre IV. — Complications.....                                                  | 32 |
| Chapitre V. — Pronostic.....                                                       | 37 |
| Chapitre VI. — Indications cliniques .....                                         | 39 |
| Observations.....                                                                  | 43 |
| Conclusions.....                                                                   | 59 |
| Bibliographie .....                                                                | 63 |

---

---

SAINT-AMAND (CHER) — IMPRIMERIE CLERC-DANIEL.

---



992